

■登録するお子さんについて

児童氏名

| | | |
|--------|--|---|
| 生活リズム | 日常的な生活の様子をお聞かせください。（睡眠は←睡眠→、食事は（母・ミ・食）遊びは←遊び→など 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 | |
| 好きな遊び | 誰とどんな遊び： | |
| ミルク | 種類 | <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク（回数 回/1日、量 CC/1回） |
| | その他留意点 | <input type="checkbox"/> 哺乳瓶に慣れていない <input type="checkbox"/> 授乳間隔が不規則 <input type="checkbox"/> 飲みが進みにくい、時間がかかる |
| 食事 | 段階 | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食（回数： 回/1日、段階 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了 |
| | 食べ方 | <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べる事ができるが一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べれる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸（右・左）エジソン箸不可 |
| | その他留意点 | <input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 食べムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅い <input type="checkbox"/> その他 |
| 排泄 | オムツ/パンツ | <input type="checkbox"/> オムツ常時着用 <input type="checkbox"/> オムツ午睡・就寝時のみ着用 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> パンツ常時着用 |
| | トイレ（尿） | <input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる（ <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない） |
| | トイレ（便） | <input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる（ <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない） |
| 午睡 | 午睡の有無 | <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する（午睡時間 時～ 時） |
| | 寝つきなど | <input type="checkbox"/> すぐに眠る <input type="checkbox"/> 眠るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう <input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる |
| | ご家庭での午睡時の誘導 | <input type="checkbox"/> 横抱き <input type="checkbox"/> 縦抱き <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 体質 | <input type="checkbox"/> ゼイゼイ言う <input type="checkbox"/> 咳が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> じんましんがしやすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> 肘が抜けやすい（右・左） | |
| 言葉 | <input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 単語が出る <input type="checkbox"/> おとなの言葉に反応 <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 普通に会話ができる <input type="checkbox"/> よく喋る <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> わかりにくい・どもる <input type="checkbox"/> 言葉が遅め その他（ ） | |
| 対人 | <input type="checkbox"/> 人見知りしない <input type="checkbox"/> 人見知りする お友達と一緒に <input type="checkbox"/> 一緒に遊ぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人数は慣れていない <input type="checkbox"/> 手が出る事がある <input type="checkbox"/> 噛む事がある | |
| 散歩 | <input type="checkbox"/> 散歩・外遊びが好き <input type="checkbox"/> 外遊び（公園など）は慣れていない <input type="checkbox"/> 歩くのが苦手 <input type="checkbox"/> 手を繋ぐことを嫌がる | |
| かかりつけ医 | 小児科： 耳鼻科： 皮膚科： | 眼科： 整形外科： その他： |
| その他 | 保育を利用するにあたって心配な事・配慮してほしいこと・伝えておきたいこと | |